

СЕКЦИЯ 4 «ПЕДИАТРИЯ»

**УДК 616.15-003.213:616.61-008.64]-053.2(476.2)
ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Беломытцева И. В., Гриневич Ю.Д., Грейцар Е. Г.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Гемолитико-уремический синдром (ГУС) — это тромботическая микроангиопатия с тяжелой гемолитической анемией и тромбоцитопенией, с преобладанием в клинической картине почечной недостаточности. В 90 % случаев причиной является инфекция, вызванная бактериями, продуцирующими веротоксин — энтеро-геморрагическим штаммом *Escherichia coli* или *Shigella dysenteriae* (чаще у детей) [1].

В результате повреждения эндотелиальных клеток бактериальным токсином в почках в почечный кровоток проникают аномальные «необычно большие» мультимеры фактора Виллебранда, которые, связываясь с тромбоцитами, провоцируют локальное образование тромбоцитарных агрегатов. Подобные изменения могут возникать и в других органах [3].

При ГУС происходит неконтролируемая активация системы комплемента альтернативным путем (у большинства пациентов присутствуют врожденные мутации генов, кодирующих белки, принимающие участие в торможении данной активации, либо формирование аутоантител к фактору H). В результате развивается неконтролируемый синтез C5a и C5b 9 на поверхности клеток эндотелия. Поврежденный эндотелий, а также депонирование комплемента на поверхности тромбоцитов приводит к их активации, в связи с чем развивается тромбоз в микроциркуляторном русле, в основном, в почечных сосудах [2].

ГУС иногда предшествует геморрагическая диарея, инфекция мочевыводящих путей или кожи. В клинической картине преобладают гемолитическая анемия, тромбоцитопения и почечная недостаточность, часто с артериальной гипертензией и лихорадкой. Неврологические симптомы бывают редко. У 25 % больных сохраняется повреждение почек.

Цель

Изучить структуру и клинико-лабораторные особенности течения гемолитико-уремического синдрома у детей Гомельской области.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница». Проведен ретроспективный анализ 14 медицинских карт стационарных пациентов, находящихся на лечении в педиатрическом отделении № 5 и отделении анестезиологии и реанимации за период с января 2018 по декабрь 2020 гг. Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерной программы «Microsoft Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемую группу вошли 14 пациентов с установленным диагнозом гемолитико-уремический синдром, проживающие в г. Гомеле и Гомельской области. Из общего количества выявленных случаев мальчиков было 10, девочек — 4.

Возраст до 1 года имел 1 (7,1 %) пациент, 6 (57 %) детей были в возрасте от 1 до 3 лет, 4 (28,6 %) — от 3 до 6 лет, от 6 до 10 лет был 1 (7,1 %) пациент и 2 (14,2 %) ребенка были в возрасте 10 лет и старше.

Проводилась оценка физического развития детей, согласно которой установлено, что среднее гармоничное развитие было у 4 (28,6 %) детей высокого физического развития наблюдалось также у 4 (28,6 %) детей, выше среднего отмечалось у 1 (7,1 %) пациента, ниже среднего — у 3 (21,4 %) пациентов, низкое физическое развитие отмечено у 2 (14,2 %) пациентов.

Из 14 исследуемых пациентов 8 поступило в педиатрическое отделение со средней степенью тяжести. Это составило 57 % от общего количества пациентов. В отделение реанимации с тяжелой степенью тяжести поступило 6 (43 %) пациентов.

Нормальная температура тела отмечалась у 8 (57,1 %) человек, у 4 (28,6 %) детей температура оказалась ниже нормы, у 2 (14,2 %) пациентов температура тела была повышена.

Исследование общего анализа крови пациентов выявило следующее: эритроцитопения оказалась у 1 (7,1 %) пациента, снижение гемоглобина ниже 110 г/л — у 5 (35,7 %), снижение цветного показателя ниже 0,80 — у 3 (21,4 %), тромбоцитопения была у 5 (35,7 %) пациентов, лейкоцитоз отмечался у 2 (14,2 %) пациентов, у 1 (7,1 %) пациента были снижены эозинофилы и палочкоядерные нейтрофилы, изменение количества сегментоядерных нейтрофилов отмечалось у 9 (64,3 %) пациентов, скорость оседания эритроцитов повышалась до 20 мм/ч у 1 (7,1 %) пациента.

Согласно оценке биохимических анализов крови, уменьшение общего уровня белка отмечено у 6 (42,9 %) пациентов при минимальном уровне 43,7 г/л, уменьшение уровня альбумина до 26 г/л отмечено у 1 человека. У 6 человек ферменты лактатдегидрогеназа, аланинаминотрансфераза, аспаргатаминотрансфераза были повышены.

В общем анализе мочи мутная моча отмечена у 3 (21,4 %) человек, щелочная реакция — у 1 (7,1 %) человека, плоский эпителий до 15–20 в поле зрения повышался также у 1 (7,1 %) человека, эритроциты в количестве от 4 до 8 в поле зрения отмечались у 2 (14,2 %) человек, у 1 (7,1 %) человека были повышены лейкоциты до 15–20 в поле зрения, протеинурия до 2,76 г/л встречалась у 4 (28,4 %) человек, цилиндрурия — у 2 (14,2 %) человек, фосфатурия — также у 2 (14,2 %) человек.

При выполнении анализа мочи по Нечипоренко лейкоцитурия отмечалась у 3 (21,4 %) пациентов, гематурия — у 1 (7,1 %).

Пациентам выполнялся анализ мочи по Зимницкому, по результатам которого анурия была выявлена у пятерых человек, полиурия — у 1 человека, никтурия — также у 1 пациента.

Были проанализированы показатели коагулограммы, из которых следует, что активированное частичное тромбопластиновое время и протромбиновый индекс повышены у 1 (7,1 %) пациента, международное нормализованное отношение повышено у 3 (21,4 %) пациентов, фибриноген повышен также у 3 (21,4 %).

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выявило гепатит у 1 (7,1 %) пациента, гепатоспленомегалию — также у 1 (7,1 %), гепатомегалию — у 2 (14,2 %) пациентов.

Выводы

Физическое развитие детей, преимущественно, было средним и высоким. Большинство пациентов госпитализировалось со средней степенью тяжести в педиатрическое отделение стационара. Большинство детей было в возрасте от года до трех лет, чаще поступали мальчики. Температура тела при поступлении у большинства детей была нормальная.

Такие изменения, как анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, доминировали в общем анализе крови. В общем анализе мочи чаще встречались микрогематурия, протеинурия, цилиндрурия и фосфатурия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прахов, А. В. Детские болезни: учеб. пособие / А. В. Прахов. — М.: НижГМА, 2014. — 495 с.
2. Сушко, Е. П. Детские болезни / Е. П. Сушко, Л. М. Тупкова, В. А. Селезнева. — М.: Выш. шк., 1988. — 963 с.
3. Шабалов, Н. П. Детские болезни. / Н. П. Шабалов. — М.: Питер, 2013. — Т. 1. — 928 с.

УДК 616.34-007.24-053.2-08

СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КОРОТКОГО КИШЕЧНИКА

Гришечкин В. Ю.¹, Скуратова Н. А.^{1, 2}

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Синдром короткой кишки (СКК) (код заболевания по Международной классификации болезней 10-го пересмотра: K92.1. Нарушение всасывания после хирургического вмешательства, не классифицированное в других рубриках) — симптомокомплекс, характеризующийся хронической кишечной недостаточностью вследствие врожденной или приобретенной потери длины кишечника [1].

Качество жизни у детей после выполнения резекций кишечника в последующем затруднено в связи с возникновением клинического синдрома, называемого СКК, а также последствиями, возникающими после проведения такого рода оперативных вмешательств [2, 3].

Практически у всех пациентов с СКК возникают хронические осложнения пищеварительного тракта. Основными из них являются проблема набора массы тела, заболевания печени, диарея, явления дисбиоза кишечника. Тяжесть клинических проявлений зависит от адаптационных возможностей и от протяженности оставшегося участка кишки, места резекции, наличия или отсутствия илеоцекального клапана и др. У детей адаптационные и приспособительные механизмы активизируются раньше, чем у взрослых, и имеют более выраженный динамический характер [4].

Цель

Провести ретроспективный анализ карт детей с синдромом короткой кишки и определить структуру данных пациентов, основные лабораторные и клинические изменения у детей, необходимые для определения реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования

В исследуемую группу вошли 36 детей, которые перенесли обширную (>50 см) резекцию кишечника в возрасте от 1 года до 16 лет, прооперированных в детском хирургическом отделении УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» за период с 2015 по 2020 гг.

У всех детей изучались данные копрограммы, биохимического анализа крови, электролитный состав крови, иммунограммы.

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 13.3. trial. Данные в тексте представлены в формате $Me (Q_1; Q_3)$, где Me — медиана, Q_1 — нижний выборочный квартиль, Q_3 —